

短期入所利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由の届出書

年 月 日

大口町長 様

事業所名  
住 所  
電 話  
担当介護支援専門員

下記理由により、短期入所利用日数が介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので、居宅サービス計画書（第1表、第2表）及びサービス担当者会議の要点及び居宅介護支援経過を添えて届け出ます。

|                        |                                   |  |    |    |                     |            |       |  |  |  |  |  |
|------------------------|-----------------------------------|--|----|----|---------------------|------------|-------|--|--|--|--|--|
| 1                      | 被保険者                              | 氏 名  |    |    |                     |            |       |  |  |  |  |  |
|                        |                                   | 住 所  |    |    |                     |            |       |  |  |  |  |  |
|                        |                                   | 性 別  |    |    | 生 年 月 日             | 年 月 日 ( 歳) |       |  |  |  |  |  |
|                        |                                   | 要介護度   |    |    | 認知症高齢者の日常生活自立度      |            |       |  |  |  |  |  |
|                        |                                   | 認定有効期間   |    |    | 年 月 日 ~             |            | 年 月 日 |  |  |  |  |  |
| 2                      | 家族構成                              | 氏 名  | 年齢 | 続柄 | 生活の状況(心身の状況・介護の状況等) | 同居の別       |       |  |  |  |  |  |
|                        |                                   |  |    |    |                     |            |       |  |  |  |  |  |
|                        |                                   |  |    |    |                     |            |       |  |  |  |  |  |
|                        |                                   |  |    |    |                     |            |       |  |  |  |  |  |
|                        |                                   |  |    |    |                     |            |       |  |  |  |  |  |
| ※主介護者には氏名の前に○を付してください。 |                                   |  |    |    |                     |            |       |  |  |  |  |  |
| 3                      | 短期入所サービスが要介護（要支援）の認定有効期間の半数を超える理由 |  |    |    |                     |            |       |  |  |  |  |  |
| 4                      | 今後の方針                             | <input type="checkbox"/> 1. 現在と同程度短期入所を利用をしながら、在宅生活を維持していく。<br><input type="checkbox"/> 2. 現在入所を申し込んでいる。(施設名、入所の順位等待機状況 )<br><input type="checkbox"/> 3. その他 ( ) |    |    |                     |            |       |  |  |  |  |  |
| 5                      | 短期入所サービス利用状況                      | 事業所名   |    |    |                     | 届出時累計利用日数  | 日     |  |  |  |  |  |
|                        |                                   | 事業所番号  |    |    |                     | 累計利用予定日数   | 日     |  |  |  |  |  |

・認定有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末までに提出してください。